

O IMPACTO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DA SOROPOSITIVIDADE EM PARTURIENTES

THE IMPACT OF THE AWARENESS OF BEING HIV SEROPOSITIVE ON PARTURIENTS

Luiz F. Sampaio Neto¹, Sérgio C Silva², Gustavo G Condi²,
Pérsio CC Pinto², Neil F Novo³

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar se o fato das gestantes já saberem ser HIV+ modifica sua evolução obstétrica e o comprometimento do conceito. Analisamos todas as parturientes HIV+ da Maternidade da Faculdade de Medicina da PUCSP, no período de janeiro de 1997 até dezembro de 2000. Muitas delas já traziam a informação de serem HIV+; aquelas que desconheciam sua situação sorológica faziam o teste rápido no momento da admissão para o parto. Retrospectivamente classificamos as parturientes HIV+ em dois grupos: já conheciam sua situação de HIV+ (grupo 1) e souberam ser HIV+ na admissão para o parto (grupo 2). Para a interpretação dos resultados usamos os testes de *Mann-Whitney* (idade), *qui-quadrado* de *Pearson* (variáveis epidemiológicas, aspectos obstétricos pré-natal, parto e puerpério e dados do conceito), a partição do *qui-quadrado* (uso de suplementação vitamínica, uso de AZT e intercorrências do conceito) e o teste exato de *Fischer* (alcoolismo). Tivemos 131 parturientes HIV+ no período estudado, sendo que 95 (72,5%) já sabiam ser HIV+ antes da admissão na maternidade e 36 (27,5%) desconheciam sua situação sorológica. Os grupos mostraram-se semelhantes com relação as variáveis epidemiológicas estudadas, ou seja eram grupos epidemiologicamente idênticos. As parturientes do grupo 2 tiveram maior número de intercorrências na presente gestação (tiveram mais infecções urinárias, anemia, hipertensão arterial, amniorexe prematura e DST). As parturientes do grupo 1 usaram mais adequadamente a suplementação vitamínica no pré-natal, receberam mais freqüentemente o AZT no momento do parto, e fizeram mais vezes a laqueadura tubárea no momento do parto.

Palavras-chave: HIV, Gravidez, Educação

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine whether being previously aware of their HIV+ status modifies the obstetrical course of the parturients and the involvement of the conceptus. We analyzed all the HIV+ parturients attended at the Maternity of the Sorocaba Faculty of Medicine, from January 1997 to December 2000. Many of them were already aware of being HIV+ and those who did not know their serologic status were submitted to the rapid test at the time of admission for delivery, they were retrospectively classified into two groups: women who already knew their HIV+ status and women who learned about their HIV+ status upon admission for delivery. Data were analyzed statistically by the *Mann-Whitney* test (age), by the *Pearson* chi-square test (epidemiological variables, and obstetrical/neonatal aspects), by the partition chi-square test (use of vitamin supplements, use of AZT and untoward events affecting the conceptus), and by the exact *Fisher* test (alcoholism). A total of 131 parturients were found to be HIV+ during the study period, with 95 of them (72,5%) being aware of their HIV+ status before admission to the maternity (group 1) and 36 (27,5%) ignoring their serological situation (group 2). The groups were similar in terms of the epidemiological variables studied, and were similar in terms of obstetrical data. Group 2 parturients had a larger number of untoward events during pregnancy (more urinary infections, anemia, arterial hypertension, premature rupture of the fetal membranes, and STD). Group 1 parturients used prenatal vitamin supplementation in a more adequate manner, received AZT more frequently at the time of delivery, and were submitted more frequently to tube ligation at the time of delivery.

Keywords: HIV, Pregnant, Education

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(5):20-24, 2002

INTRODUÇÃO

O conhecimento das peculiaridades da epidemia da aids é condição fundamental para delinear as estratégias de combate à sua progressão. Em nosso meio, a tendência do maior número de casos na população feminina é uma constatação de alguns anos. De fato, em 1985 a razão de homens:mulheres era de 28:1, em 2000 atingiu 2:1¹⁻⁶.

A feminilização dessa epidemia compromete principalmente a faixa etária de 25 a 39 anos, denotando a associação com a via de contágio heterossexual¹ e, pela coincidência de ser a faixa etária reprodutiva da mulher, há a possível repercussão na contaminação vertical^{2,7,8}.

A transmissão materno-fetal é, ainda hoje, a principal causa do contágio pediátrico pelo HIV. Em todo o mundo, é verificada uma contaminação diária de, aproximadamente, 1600 crianças por dia, ou seja, 600.000 recém-nascidos em um ano adquirem aids^{3,4,8,9}. Efetivamente, na análise dos casos de aids em menores de 13 anos, encontramos 82% deles adquiridos por contaminação de vertical¹⁰⁻¹².

O desenvolvimento de drogas anti-retrovirais, assim como o melhor conhecimento de seu uso e dos baixos efeitos teratogênicos potenciais permitiram usar algumas drogas dessa classe no período gestacional, imprimindo notável redução na eficácia da transmissão vertical do HIV^{13,14}.

Desde 1994 está sendo disponibilizado pelo Ministério da Saúde o AZT via oral para gestantes infectadas pelo HIV, em 1996 passou-se a usar também o AZT intravenoso e a solução oral para o neonato¹⁰. Essas medicações, associadas com o aprimoramento dos cuidados obstétricos no pré-natal e no parto, além de racional manejo do recém-nascido,

¹ Professor Associado de Ginecologia – Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP

² Graduando em Medicina – Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP

³ Professor Titular de Bioestatística – Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP

* Trabalho com bolsa de Iniciação Científica do CEPE - PUCSP

permitiram chegar a taxas de transmissão vertical menores do que 3%^{2,5,7,15,16,17,18}.

No Brasil um dos maiores problemas em obstetrícia é a baixa abrangência dos programas de pré-natal de um modo geral, isso é particularmente agravado de um modo específico para as gestantes soropositivas para o HIV. Estima-se que apenas 17% das gestantes HIV+ tenham a oportunidade de fazer uso dos protocolos oficiais do Ministério da Saúde^{9,10}.

Alguns estudos sentinelas estimam em 0,6% a prevalência de gestantes HIV + no Brasil. Em pesquisa efetuada em nossa população tivemos 0,8% de soropositividade entre gestantes atendidas de 1992 a 1994, na rede municipal de Sorocaba^{20,21}.

A ocorrência de mulheres grávidas que não fazem uso de anti-retrovirais pode acontecer porque algumas delas efetivamente desconhecem sua situação sorológica; existem aquelas que, a despeito de saberem (ou suspeitarem) ser HIV+, não têm o esclarecimento suficiente sobre os benefícios das medidas profiláticas para a transmissão vertical e, com isso, deixam de procurar os Serviços de Saúde.

Podem existir gestantes que, conhecendo sua situação de HIV + não fazem o pré-natal porque sua auto-estima encontra-se tão baixa que, por desleixo, somente irão procurar atenção médica no momento do parto.

Seguramente existem casos de mulheres que não observam o seguimento adequado porque não conseguiram ter acesso às unidades básicas de saúde. Dessa forma, a má situação socioeconômica poderia ser um dos fatores que contribuiria para a não adesão aos serviços de saúde; outro motivo ainda poderia ser o receio de saber do resultado do exame.

Em alguns serviços, a determinação de se realizar testes rápidos para a detecção de HIV entre parturientes que não tivessem o conhecimento prévio da sua situação sorológica criou uma situação complexa, onde algumas parturientes somente descobriam ser HIV+ no momento da internação para o parto²².

Seria interessante conhecer o impacto dessa descoberta em fase tardia em termos de profilaxia de contaminação vertical, e em um momento especialmente delicado para a vida da mulher.

Tendo em vista que desde de 1997, no Conjunto Hospitalar de Sorocaba as parturientes fazem a execução sistemática do anti-HIV como rotina na admissão do pré-parto e, com o objetivo de conhecer as peculiaridades epidemiológicas das parturientes soropositivas para o HIV que souberam ser HIV+ no momento da internação para dar a luz, bem como a evolução clínica de seus conceitos, procuramos estudar em um estudo de caso controle as parturientes e seus filhos. Para fins de comparação com essas gestantes, usamos aquelas que já sabiam ser HIV+ antes da admissão para o parto.

METODOLOGIA

No período de janeiro de 1997 até janeiro de 2001 selecionamos todas as parturientes com registro de soropositividade para o HIV que foram admitidas na Maternidade do Hospital Regional de Sorocaba, da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, da PUCSP.

Tivemos 131 parturientes HIV+ sendo que dessas, encontramos 95 (72,5%) que já sabiam antes a admissão para o parto e 36 (27,5%) descobriram sua situação de soropositividade no sangue colhido para o teste rápido.

Todas as pacientes que tiveram o teste rápido positivo foram confirmadas posteriormente pelo *Western blot*²².

As parturientes foram agrupadas segundo o conhecimento prévio ao parto da sua soropositividade em relação ao HIV (Grupo I) e aquelas que ficaram sabendo ser HIV+ no momento do parto (Grupo II).

Através de consulta aos prontuários, procuramos caracterizar dados epidemiológicos dessas mulheres tais como: idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão. Também verificamos as condições em que aconteceram o parto: duração do trabalho de parto, tipo de parto, indicação de cesárea, uso de fórceps, uso de medicação anti-retroviral durante a assistência ao parto e aspectos do recém-nascido, como sexo, peso, comprimento, Apgar, evolução clínica no berçário, se houve ou não amamentação e tempo de negatificação para sorologia do HIV.

Por fim, analisamos as crianças filhas dessas mães HIV+, tanto daquelas mães que sabiam ser previamente HIV+ quanto daquelas que souberam da sua soropositividade no momento do parto, comparando assim dados das crianças que persistiram HIV+ (Grupo A) com aquelas que negativaram em até um ano após o nascimento (Grupo B). Assim sendo, foram comparados os seguintes aspectos: número de consultas na pediatria e eventuais complicações durante o seguimento de puericultura.

Para a comparação dos grupos de parturientes, segundo o conhecimento prévio de saber ser portadora do vírus HIV, usamos as técnicas de *qui-quadrado de Pearson* (χ^2), teste exato de Fisher, teste de *Mann-Whitney*. Já para as crianças, segundo a sua sorologia para o HIV, foram utilizados os mesmos testes acima referidos além do teste *T-student*.

RESULTADOS

As pacientes de ambos grupos mostraram-se semelhantes do ponto de vista epidemiológico, dividiram-se da mesma forma em relação a cor, estado civil, ocupação e escolaridade; a predominância em ambos grupos foi de mulheres brancas, não casadas, prendas domésticas e com escolaridade até o primeiro grau incompleto.

Com relação aos antecedentes obstétricos nos dois grupos encontramos maior número de múltiparas e com intervalo interpartal mais freqüente foi superior a 24 meses.

A maior parte das pacientes referiu ter feito pré-natal adequado em ambos grupos (50,6% no Grupo I e 43,7% no Grupo II), para esse fim consideramos pré-natal adequado aquele que teve, pelo menos, cinco consultas (22). A ocorrência de intercorrências clínicas durante o decorrer da gestação em estudo foi semelhante em ambos grupos, sendo que as situações mais comuns foram anemia (9,1%), ITU (9,1%) e DST (8,3%). O uso de medicamentos e os tipos de medicamentos usados durante a gestação foram semelhantes para ambos grupos, contudo diferiram no uso de AZT (Tabela 1); sendo que as gestantes que já sabiam ser HIV antes da admissão para o parto usaram o AZT mais freqüentemente do que as demais; idem para a associação de vários anti-

retrovirais (coquetel). Também houve diferenças no uso de suplementação vitamínica, que foi mais freqüente e constante entre as gestantes que sabiam ser HIV + antes do parto. O uso de cigarros, álcool e drogas foi semelhante nos dois grupos.

Analisando-se as variáveis relativas ao parto, verificamos que em ambos grupos a maior parte das parturientes encontrava-se no termo da gestação, houve a mesma proporção de partos normais, cesáreas e fórceps nos dois grupos; as indicações de cesáreas foram semelhantes assim como a duração do trabalho de parto.

Houve maior uso de AZT endovenoso no momento do parto no grupo que já sabia ser HIV+ antes da admissão na Maternidade, maior freqüência de bloqueio de lactação nesse grupo e foram indicadas mais vezes a esterilização através da laqueadura tubárea.

O perfil dos recém-nascidos de ambos grupos foi semelhante em relação à distribuição por peso, comprimento, sexo, Apgar no 1º e 5º minutos e na evolução no berçário.

Na análise do recém-nascido durante sua evolução do primeiro ano de vida, o comportamento de ambos grupos foi semelhante em relação às intercorrências pediátricas e tempo de negatização da sorologia. Houve maior número de casos que negatizaram entre as crianças do grupo que nasceu das mães que descobriram ser HIV + no momento do parto.

A **tabela 1** mostra as situações que foram estatisticamente diferentes para ambos grupos.

Tabela 1 - Parturientes que possuíam conhecimento prévio da soropositividade para o HIV (Grupo I) e parturientes que ficaram sabendo no momento do parto (Grupo II) segundo a porcentagem da presença das características que se revelaram estatisticamente diferentes. Valor do qui-quadrado (χ^2) ou do teste exato de Fisher (P) utilizados para comparar os grupos

	Grupo I	Grupo II	1xII	P
AZT (durante o pré-natal)	70,0	0,0	$\chi^2=48,72$	P<0,0001
AZT (no momento do parto)	80,8	32,1	$\chi^2=21,80$	P<0,001
Coquetel (durante o pré-natal)	30,1	0,0	$\chi^2=13,59$	P<0,001
Laqueadura tubária	47,8	12,5	$\chi^2=9,37$	P<0,01
Amamentação	3,7	72,2		P=0,000

DISCUSSÃO

O controle da epidemia de aids na infância depende diretamente da redução da transmissão vertical do HIV.

Nos estudos relatados na literatura essa possibilidade é real, desde que seguidas as orientações de cuidados à gestante e concepto e que, resumidamente, consistem no uso de anti-retrovirais a partir de 14 semanas, AZT intravenoso no parto, assistência obstétrica menos invasiva possível durante o parto, rápido camplateamento do cordão umbilical, limpeza imediata do recém-nascido, bloqueio da lactação e uso de AZT pela criança até 6 semanas após o nascimento^{10,14,24,25}.

Com isso, segundo Mayaux *et al.*²⁹ foi possível chegar a 67% de redução na eficácia da contaminação vertical; contudo essa importante redução das taxas somente pode ser obtida quando a mulher grávida fez uso do protocolo descrito como ACTG076.

Em nossa casuística, o diagnóstico da infecção materna pelo HIV foi obtido antes do parto em 72,5% dos casos, cifra semelhante ao relatado por De Lorenzi *et al.*³⁰.

Ou seja a maior parte das mulheres teve condições de receber o protocolo ACTG076.

Encontramos 48,7 % das parturientes que fizeram pré-natal considerado adequado. Ao analisarmos os grupos de gestantes que sabiam ser HIV+ antes do momento do parto e aquelas que descobriram sua situação de soropositividade na admissão para dar a luz, não houve diferenças significativas entre ambos grupos com relação à freqüência e número de consultas no pré-natal.

A importância do pré-natal adequado pode ser exemplificado pelo estudo realizado com 200 gestantes HIV positivas na cidade de Porto Alegre (RS) no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas; verificou-se que apenas 56,5% das gestantes tiveram mais que seis consultas pré-natais, número considerado mínimo para um atendimento pré-natal adequado¹⁹.

Tal situação remete à qualidade do pré-natal que essas pacientes fizeram, pois não poderíamos considerar adequado o pré-natal em que não se solicitasse a sorologia para o HIV, o mesmo aconteceu no estudo de Ramos *et al.* em que somente para 55,4%¹⁹ houve fornecimento do teste anti-HIV durante gravidez. Com o objetivo de normatizar essa situação, desde 2001 o CREMESP determinou ser antiético não se oferecer o teste sorológico para o HIV na assistência pré-natal²⁵.

Uma outra possibilidade para justificar as gestantes não terem o diagnóstico prévio de soropositividade para o HIV seria a "viragem sorológica" ter acontecido durante o presente período gestacional. Segundo Veronesi³¹ a soroconversão ocorre em 3 a 12 semanas após a situação de contágio, sendo que quase todos os pacientes soroconvertem dentro de 3 meses após a transmissão do HIV; ou seja, é muito pouco provável que isso tenha ocorrido em nossas pacientes, ademais não houve nenhuma referência nos prontuários de pacientes do grupo que descobriu ser HIV+ no parto, a respeito de ter feito o Anti-HIV anteriormente e ele estar negativo²⁶.

Como as informações foram baseadas nas fichas de admissão na Maternidade, é possível também que algumas das pacientes tenham omitido sua real situação sorológica na internação, isso pode ter acontecido por receio do atendimento ou ainda outras situações que induzissem ao preconceito para a aids. Qualquer uma das pacientes do grupo que descobriu ser HIV no momento do parto poderia se enquadrar nessa situação, pois todas elas foram encaminhadas de postos de saúde de Sorocaba e região, e não tivemos acesso aos prontuários durante o pré-natal.

Em estudo anterior efetuado na população de nossa região encontramos 101 parturientes HIV positivas no período de 1991 a 1998. Analisando-as, pudemos concluir que: freqüentemente a gestante portadora do HIV omite sua situação sorológica aos serviços de saúde; as mulheres HIV positivas formam um contingente com início de vida sexual precoce; e demonstram menor preocupação com anticoncepção efetiva²¹.

Na análise das demais variáveis epidemiológicas constatamos que ambos grupos foram semelhantes, refletindo

de modo geral, o perfil da paciente que frequenta um serviço público de saúde, com peculiaridades epidemiológicas que caracterizam indivíduos com baixo nível socioeconômico.

A diferença óbvia encontrada no atendimento das gestantes que tiveram sua situação de soropositividade detectada anteriormente ao parto e as demais consistiu no uso de AZT ou da associação de drogas anti-retrovirais durante a gestação. Em nossos resultados, tivemos 2 (2,5 %) gestantes que, a despeito de saberem ser HIV+ antes da admissão para o parto, durante o pré-natal não usaram a profilaxia com anti-retrovirais (AZT ou coquetel). Esses resultados são melhores do que os descritos por De Lorenzi *et al.*³⁰, que encontraram 40% das gestantes soropositivas sem uso de anti-retrovirais; possivelmente esse achado reflete a crescente popularização dos benefícios da profilaxia da transmissão vertical para o HIV.

O uso de suplementação vitamínica e/ou de ácido fólico no pré-natal também foi mais comum entre as gestantes que tiveram o conhecimento prévio do HIV+, provavelmente denunciando maior esforço da equipe de saúde com relação ao uso de "vitaminas" para as portadoras do vírus HIV, ou ainda a maior predisposição da gestante em ficar mais "resistente" e proteger o conceito da infecção pelo HIV.

Com relação ao parto também não houve diferenças entre os dois grupos. Tal situação reflete a conduta do Serviço, pois a soropositividade para o HIV, nessa ocasião, não era um fator levado em consideração na opção pela via de parto.

O uso de AZT intravenoso durante o parto foi mais comum entre as parturientes que já sabiam ser HIV+ antes da admissão, provavelmente porque em alguns casos do outro grupo o resultado do HIV não chegou oportunamente para ser aplicado no trabalho de parto; tivemos 19 (67,86%) parturientes que não receberam AZT intravenoso por esse motivo. Após nossos estudos a dinâmica do encaminhamento de exames rápidos para o HIV em nossa Maternidade foi reavaliada e, atualmente, essa situação já se modificou.

Também é possível que pela demora no conhecimento do resultado da sorologia tivemos mais mulheres que se submeteram a laqueadura tubária entre as que já sabiam ser HIV+, e também foi por isso que tivemos 13 casos em que foi permitida a amamentação ao seio materno no grupo de parturientes que souberam ser HIV+ no parto.

A evolução no puerpério imediato e tardio foi idêntica em ambos grupos, sugerindo que em nossa casuística tivemos poucas pacientes sintomáticas para a síndrome da imunodeficiência adquirida.

As características dos recém-nascidos foram semelhantes em ambos grupos, assim como as intercorrências das crianças no seguimento de puericultura.

Em nossos resultados um achado que consideramos de difícil compreensão é que tivemos maior contingente de persistência da soropositividade entre as crianças nascidas de mulheres do grupo que já sabia ser HIV+ antes do momento do parto do que entre aquelas que descobriram a soropositividade na internação.

Uma possibilidade para justificar tal achado poderia ser que, a despeito dos cuidados adequados para gestantes HIV+ durante o pré-natal, as gestantes que sabiam ser HIV+ encontravam-se em condições de uma infecção mais grave.

Para que se esclarecesse essa dúvida seria interessante a quantificação da carga viral e dos níveis de CD4 / CD8, nessas ocasiões, nessas pacientes²⁷⁻²⁸.

Também são descritos como fatores que interferem na transmissão vertical os quadros que se associam com inflamação placentária, tabagismo durante a gravidez e o tempo de bolsa rota¹⁹, contudo não houve diferenças entre ambos grupos com relação às variáveis citadas.

No acompanhamento das crianças o comportamento clínico durante o atendimento de puericultura foi semelhante para aquelas que permaneceram com a sorologia positiva e as que negataram seu exame nos primeiros 6 meses.

Nos casos estudados, a eficácia da transmissão vertical (5,37%) foi semelhante aos demais resultados de literatura²⁹; sendo que, como citado anteriormente, tivemos crianças que persistiram HIV+ apenas entre as gestantes que sabiam ser HIV+ antes da admissão para o parto.

Em resumo, o fato de a gestante saber que era soropositiva para o HIV antes do parto não implicou em diferença na evolução da parturiente e da criança; ou seja, em nossos achados, o uso do protocolo do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical não se associou a achados significativamente diferentes daquelas que não fizeram o uso ideal desse protocolo. Possivelmente tivemos tal resultado em consequência do pequeno número de pacientes envolvidas no estudo.

Por outro lado, sabemos que a mulher ao ser admitida numa maternidade para dar a luz encontra-se prestes a enfrentar uma situação estressante, independente da classe social, do número de filhos que já teve e da equipe que irá atendê-la. Ficar sabendo que está contaminada pelo HIV no momento que inicia o trabalho de parto pode significar uma somatória de situações que modifiquem o desenvolvimento afetivo dessa mulher. Uma proposta de estudo interessante seria o seguimento das mulheres do grupo que descobriu ser HIV+ na admissão para o parto, investigando-se sua presente situação psicológica, bem como do seu filho e a análise das repercussões que o recebimento da notícia de sua soropositividade teve na sua evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AIDS – BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, ANO XIV Nº 02-14ª à 26ª SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS – ABRIL A JUNHO DE 2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde. v.14, n.2, 2001.
2. FARIA, M.R.; FIGUEIRA, B.B.D.; LIPPI, U.G. Características de uma população de recém-nascidos com sorologia positiva para a síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Rev Paul Pediatr*, v.16, n.4, p.179-184, 1998.
3. MATIDA, L.H.; MIRANDA, S.D. Transmissão materno-infantil do HIV. *Jornal da Sogesp*. São Paulo, mai.1999, AIDS, p.4.
4. RAVAGNANI, J.E. Aids e sua rota perinatal. *H.B. cient*, v.4, n.2, p.163-71, 1997.
5. SHERLOCK, M.S.M.; VIERA, N.F. Preocupações de mães soropositivas com o HIV e suas implicações para o cuidado de enfermagem. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, v.11, n.4, p.5-9, 1999.
6. TREVISAN, M.R.; CARVALHO, R.L. Infecção pelo HIV na gestação. *Acta méd*, v.20, n.1, p.205-14, 1999.
7. ARAÚJO, C.L.F. *Solicitação do teste anti-HIV no pré-natal em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: políticas e realidades*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 1997.
8. NEWELL, M.L. Vertical transmission of HIV-1 infection. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, v.4, n.1, p.1-2, 2000.
9. FOWLER, M.G.; SIMONDS R.J.; ROONGPISUTHIPONG, A. Update on perinatal HIV transmission. *Pediatr clin North America*, v.47, n.1, p.21-38, 2000.

10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Guia de tratamento: recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, DF, 2001. p. 9-74
11. BURGESS, T. Determinants of transmission of HIV from mother to child. *Clin Obstet Gynecol*, v.44, n.2, p.198-209, 2001.
12. NÚÑEZ, I.G.; JIDY, M.D.; ÁVILA, J.P. La transmisión materno infantil del VIH/SIDA en Cuba. *Rev Cubana Med Trop*, v.52, n.3, p.220-4, 2000.
13. CONNOR, E.M.; SPERLING, R.S.; GELBER, R. et al: Reduction of maternal-infant transmission of HIV zidovudine treatment. *N Engl J Med*, v.331, p.1173-80, 1994.
14. LALLEMANT, M.; JOURDAIN, G.; COUER, S. et al. A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med*, v.343, n.14, p.982-91, 2000.
15. FIORE, S.; NEWELL, M.L. Preventing perinatal transmission of HIV-1 infection. *Hosp Med*, v.61, n.5, p.315-318, 2000.
16. MANDELBRÖT, L et al. - Transmissão perinatal de HIV-1: Interação entre a profilaxia com Zidovudina e o tipo de parto no French Perinatal Cohort., *JAMA Brasil*, v.2, n.9, p.1325, 1998.
17. MINIKOFF, H. Prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Clin Obstet Gynecol*, v.44, n.2, p.210-25, 2001.
18. ROCCO, R.; VASCONCELLOS, M.J.A.; ROCCO, R. Repercussão da infecção pelo HIV no ciclo grávido-puerperal. *Femina*, v.25, n.1, p.31-8, 1997.
19. RAMOS, M.C.; CURCIO, B.L., TESSARO, M.; et al. Prevalências da infecção pelo HIV e da soropositividade do VDRL em gestantes. *DST- J bras Doenças Sex Transm*, v.11, n.5, p.25-30, 1999.
20. SAMPAIO NETO, L.F.; PINHEIRO, M.E.P.; MACEDO, E. et al. Prevalência dos marcadores de VHB, VHC, sífilis e HIV em gestantes. In: II CONGRESSO ÍBERO-AMERICANO DE EPIDEMIOLOGIA, Porto Alegre, RS, 1995.
21. SAMPAIO NETO, L.F.; CARNEIRO, A.P.I.; JANSEN, C.E.; et al. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos da Gestação em Mulheres HIV Positivas In: CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO SUDESTE BRASILEIRO. *Anais* 1998.
22. MARETTI, M.; NEME, B. Assistência pré-natal. In: NEME, B. (ED.) *Obstetrícia básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000, p.106-16.
23. INFORME TÉCNICO: "Testes rápidos: considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação de terapia anti-retroviral em situações de emergência" *DST - J bras Doenças Sex Transm*, v.11, n.1, p.136-8, 1999.
24. QUIAN, J.; PICÓN, T.; RODRÍGUEZ, I.; et al. Evaluación de la quimio-profilaxia con zidovudine a la mujer embarazada VIH(+) y su hijo (Uruguay). *Rev Chil Pediatr*, v.72, n.1, 2001.
25. CHAVEZ P, A.; ALVAREZ P, A.M.; WU H, E. et al. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. *Rev Chil Infectol*, v.17, n.4, 2000.
26. OSELKA, G.W. Prevenção da transmissão vertical do HIV. *Rev Assoc Med Bras*, v.47, n.4, p.284-284, 2001.
27. MARQUES, A.; MANSUR, H. Manifestações clínicas. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de infectologia*. São Paulo: Atheneu, 1997. v.1, p.100-1.
28. ORTIGÃO-DE-SAMPAIO, M.B.; CASTELLO-BRANCO, L.R.R. Imaturidade imunológica fetal e neonatal: implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças. *Rev Assoc Med Bras*, v.43, n.1, p.29-34, 1997.
29. TEMMERMAN, N et al. Risk factors for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus-1 infection. *Am J Obstet Gynecol*, v.172, n.2, Pt 1, p.700-5, 1995.
30. MAYAUX, M.; TEGLAS, J.; MANDELBRÖT, L. et al. Acceptability and impact of zidovudine for prevention of mother-to-child human immunodeficiency virus-1 transmission in France. *J Pediatr*, v.131, n.6, p.857-62, 1997.
31. DE LORENZI, D.R.S.; MADI, J.M.; TESSAI, D.M.T. et al. HIV e gestação - análise de 15 casos. *GO Atual*, v.11, n.4, p.22-6, 2002.

Endereço para Correspondência:

LUIZ FERRAZ DE SAMPAIO NETO

Rua Inglaterra, 574, Sorocaba/SP, CEP 180-45-070

E-mail: luizsampaio@sorocaba.pucsp.br

Assine DST

**DST - JORNAL BRASILEIRO DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

ISSN: 0103-4065

ASSINATURA ANUAL - 6 NÚMEROS

Individual R\$ 60,00 - Institucional R\$ 80,00

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TEL: () _____ FAX: () _____ E-MAIL: _____

• Envie cheque nominal e cruzado para Sociedade Brasileira de DST - Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí - Niterói - RJ - CEP 24230-150.
E-mail: mipmaur@vm.uff.br www.uff.br/dst/